

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 151

DE LA
CYSTECTOMIE PARTIELLE
DANS LES
TUMEURS DE LA VESSIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE DE MEDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 11 Juillet 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri ROLLING

né à NANCY (Meurthe-et-Moselle) le 12 Avril 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1922

DE LA CYSTECTOMIE PARTIELLE
DANS LES
TUMEURS DE LA VESSIE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 151

DE LA
CYSTECTOMIE PARTIELLE
DANS LES
TUMEURS DE LA VESSIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE DE MEDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 11 Juillet 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri ROLLING

né à NANCY (Meurthe-et-Moselle) le 12 Avril 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
45, Quai Gailleton, 45
Téléphone 63-56

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. HUGOUNENQ.
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,

Professeurs	MM.
Cliniques médicales	TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	N.-JOSSEURAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Histologie	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOU
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— Chimie minérale	BARRAL.
— Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	HOVELACQUE
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	PROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (L.)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé
CADE	DUROUX	CORDIER	des fonctions
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. ROCHET, *Président*; M. GAYET, *Assesseur* ;

MM. PATEL et THEVENOT Léon, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES GRAND'MÈRES

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Hommage de profonde reconnaissance et
d'affection infinie,

A LA MÉMOIRE GLORIEUSE DE MON FRÈRE

le Lieutenant Gabriel ROLLING

du 273^e R. I.

Mort pour la France le 1^{er} Juin 1918 à VIERZY

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur ROCHET

Professeur de Clinique urologique à la Faculté de Médecine de Lyon
Chevalier de la Légion d'Honneur

Pour le grand honneur qu'il nous a fait en
acceptant la présidence de notre Jury.

A Monsieur le Docteur THÉVENOT

Professeur-agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous sommes très sensible à l'accueil cor-
dial que nous avons toujours trouvé
auprès de lui.

Nous tenons, de plus, à le remercier tout
particulièrement de ses conseils qui
nous ont été un guide précieux pour le
choix et la rédaction de notre thèse.

A MES JUGES

A Monsieur le Professeur ANDRÉ

Professeur de Clinique urologique à la Faculté de Nancy
Chevalier de la Légion d'Honneur

Durant une année de notre externat il a su
faire naître en nous le désir d'étendre
nos connaissances, tout particulièrement
dans la partie qui fait l'objet de son
enseignement.

Nous sommes heureux de le remercier et
de lui témoigner notre très grande
reconnaissance,

A MES MAÎTRES

DES FACULTÉS DE MÉDECINE DE NANCY, DE LYON

ET DE

L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

DE LA CYSTECTOMIE PARTIELLE DANS LES TUMEURS DE LA VESSIE

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, il nous est doux de nous arrêter quelques instants pour marquer cette étape dans l'existence du médecin, et pour jeter un coup d'œil en arrière sur le chemin parcouru, depuis que, jeune étudiant nous franchissions pour la première fois le seuil de la Faculté et de l'Hôpital.

Commencées sous les obus à la Faculté de Nancy, en 1914, nos études furent interrompues et bouleversées par la guerre. Parti adolescent, nous ne pouvions les poursuivre que cinq ans après ; la tâche fut rude, heureux cependant que nous étions de pouvoir les continuer durant les deux années que nous octroyait l'Externat des Hôpitaux, dans notre chère ville natale, restée inviolée.

C'est alors que les règlements militaires nous rappelèrent vers la grande Faculté Lyonnaise, où nous devions enfin arriver au but, vers lequel notre juvénile impatience aspirait depuis huit années.

Que tous nos Maîtres de la Faculté et de l'Hôpital, aus-

si bien à Lyon qu'à Nancy, trouvent ici l'expression de notre très vive reconnaissance, et de l'excellent souvenir que nous garderons de notre passage dans leurs cours et cliniques.

Qu'il nous soit permis de remercier ici le Docteur Granneau, chef de clinique urologique à la Faculté de Nancy, pour toute sa sollicitude à notre égard, et à l'obligeance duquel nous devons quelques-unes des observations publiées dans notre thèse.

Nous ne voulons pas terminer cet avant-propos sans saluer enfin, le cœur serré par une profonde émotion la mémoire de tous nos camarades et amis morts au champ d'honneur.

Nous osons exprimer l'espoir de voir se resserrer les liens d'amitié parmi ceux qui ont échappé à l'effroyable tourmente et souhaitons que tous nos amis veuillent bien nous garder leur précieuse sympathie.

INTRODUCTION

Etant donné une tumeur de la vessie, quelle est la méthode de traitement à laquelle il faut recourir à l'heure actuelle ? Peut-on appliquer ici un traitement chirurgical ? Telle est la question à laquelle nous avons modestement essayé de répondre dans notre travail.

Après un court aperçu d'anatomie pathologique, nous nous sommes efforcés de montrer à quelle catégorie de néoplasmes devait s'appliquer l'intervention sanglante.

Malgré la gravité de l'affection, et les échecs fréquents auxquels se sont heurtés les meilleurs chirurgiens appliquant la méthode sanglante comme moyen thérapeutique de ces néoplasmes il nous a semblé qu'il restait cependant quelques indications à la résection de la paroi vésicale, à la cystectomie partielle.

L'affection est redoutable ; que faire ?

Une tumeur vésicale siège dans une zone accessible, et susceptible d'exérèse, quelle conduite doit-on tenir ? Doit-on, étant donné les risques de l'excision, la fréquence des récidives se borner à faire ici une opération endovésicale, combinée aux méthodes nouvelles de traitement par les courants électriques ou le radium, ou bien appli-

quer la règle générale de toute ablation de tumeur, c'est-à-dire l'excision large en zone saine ?

Un grand nombre d'auteurs donnent actuellement la préférence à l'électricité sous quelque forme qu'ils l'emploient. Cette méthode n'a paru donner de résultats qu'en cas de tumeurs bénignes et pédiculées.

Si un malade se présente à nous, à une période avancée de la maladie, comme c'est le cas le plus fréquent, porteur d'un cancer étendu, largement infiltré, il n'est plus permis au chirurgien de tenter une opération qui resterait incomplète et inutile, des plus dangereuses pour un organisme affaibli, incapable de supporter un choc. Et c'est précisément parce que le malade se présente à une période plus ou moins rapprochée de la phase ultime dont nous venons de parler, que les interventions pratiquées, souvent la main forcée, rendent si sombre le pronostic, si peu encourageantes les statistiques.

C'est alors qu'entre les cas extrêmes, apparaît toute une série de tumeurs, pédiculées multiples, sessiles, ou même infiltrées mais tout au début, pour lesquelles nous nous sommes efforcés de montrer que l'unique moyen de traitement, l'unique chance d'amélioration sinon de guérison était la cystectomie partielle, faite le plus hâtivement possible ; condition essentielle, mais combien difficile à réaliser au point de vue de la précocité du diagnostic.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu Historique

La première intervention remonte à Couillard de Lyon, qui en 1639 extirpe une tumeur de la vessie par voie périnéale. La tentative n'est pas renouvelée. Il faut arriver à Colot, qui vers 1727 pratique par taille périnéale l'extirpation de fungus de la vessie ; opération sans succès. A la fin du XVIII^e siècle, Chopart, reconnaît la possibilité d'une opération, dans son « Traité des maladies des voies urinaires ». Civiale se montre plus entreprenant, pose les bases de l'intervention, mais n'est pas suivi par ses contemporains.

Aussi peut-on faire remonter l'histoire du traitement à Billroth, qui en 1874 extirpe de propos délibéré, une tumeur vésicale chez un enfant de douze ans, par la voie hypogastrique. Wolkman veut suivre l'exemple, opère un homme de 54 ans qui meurt de péritonite ; Thompson publie le premier travail d'ensemble. Les travaux de l'Ecole Française apparaissent alors : Féré fait une communication sur le cancer de la vessie ; Guyon perfectionne la technique de la taille qui est adoptée au congrès de chirurgie de 1886. Tredelenbourg propose la position

déclive de la tête, l'élévation du bassin favorisant le manuel opératoire

Le cystoscope fait son apparition, et dès 1887 il est employé par Guyon, permettant de préciser le diagnostic dans les cas douteux.

CONSIDERATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Les tumeurs vésicales étaient considérées jadis, au point de vue ananomo-pathologique et clinique, comme formant une classe à part. Aussi les chirurgiens se fondant sur la lente évolution de ces néoplasmes, n'osaient pas leur appliquer les procédés d'extirpation employés pour les autres tumeurs. La crainte de l'infection et des récidives, justifiait leur abstention. Grâce aux progrès de la chirurgie contemporaine, l'infection a disparu de ces interventions, mais la récurrence est encore très fréquente malgré des extirpations de plus en plus élargies.

Albarran en 1893 dans son traité des tumeurs de la vessie, montre « que toute tumeur est maligne ou peut le devenir, que le papillome se greffe parfois sur les points de la muqueuse qui sont en contact avec lui, que maints exemples montrent sa transformation possible en épithélioma. »

Il est en effet démontré que bon nombre de tumeurs dites bénignes peuvent présenter, au cours de leur évolution, des transformations malignes, faciles à mettre en évidence par des coupes.

Il est à remarquer d'autre part que ces tumeurs pédiculées, à allure bénigne, évoluant sans bruit, facilement extirpables au début par les méthodes endovésicales, récidivent fréquemment, et le plus souvent, sous forme de

véritables cancers. C'est pourquoi cette distinction des tumeurs de la vessie en bénignes et malignes n'a plus l'intérêt qu'on pouvait lui accorder jadis, et que, tant au point de vue des idées actuelles sur la classification des tumeurs d'après leur structure histologique, que de leur morphologie avec tout l'intérêt que présente cette dernière au chirurgien en vue d'adopter tel **mode de traitement**, il nous semble préférable de ranger ces tumeurs dans la classification adoptée par Albarran et Guyon. Ils répartissent ces tumeurs, suivant qu'elles se forment au dépens de l'épithélium, des éléments conjonctifs, ou musculaires de la paroi vésicale, en :

Tumeurs implantées : pédiculées ; sessiles

Tumeurs infiltrées : saillantes dans la vessie : encéphaloïdes. Non saillantes dans la vessie : cancroïdes.

Dans la première catégorie viennent se ranger les tumeurs typiques qui renferment les papillomes, les kystes et les adénomes, et d'autres part les tumeurs atypiques, les épithéliomas.

Parmi les tumeurs typiques, les plus fréquentes sont les papillomes, qui en général à moins qu'ils ne soient trop nombreux, ou qu'ils subissent une dégénérescence maligne, ne rentrent pas dans les indications de la cystectomie partielle.

TUMEURS EPITHELIALES ATYPIQUES.

Cette classe comprend les types les plus divers de néoplasie épithéliale atypique de gravité histologique progressive qui réunissent par des transitions insensibles, les tumeurs épithéliales typiques les plus bénignes aux tu-

meurs épithéliales atypiques les plus malignes, aux vrais cancers.

C'est sur ce point qu'il convient d'attirer l'attention car il semble qu'une grande partie des tumeurs de la vessie, doive rentrer dans cette catégorie.

Cette théorie, dite théorie des « types de transition » a été soutenue par un auteur anglais, Thompson ; et discutée en particulier par Albarran, qui ne voit pas d'objections théoriques à faire, mais qui pense : « que si l'on examine avec soin les belles planches de l'auteur anglais, on est forcé de conclure, non pas à l'existence d'un type de transition, mais bien à une infiltration lymphoïde des tumeurs par le fait de l'inflammation de leurs tissus ».

En somme Albarran inclinerait plutôt à penser qu'à un moment donné, sous l'influence d'une cause qui nous échappe, la tumeur bénigne se transformerait en tumeur maligne.

Quoi qu'il en soit, le papillome vésical tumeur bénigne au sens histologique du mot, ne peut-être considéré comme tel au point de vue clinique. Comme le dit dans sa thèse le docteur Prévot de Nancy « cette notion se retrouve à la suite d'une observation publiée par Reynès de Marseille, dans un cas où cet auteur dut pratiquer la nephrectomie, l'urétérectomie, et une cystectomie partielle. Il conclut en ces termes : ce cas est un nouvel exemple de la tendance des papillomes à se généraliser et à se systématiser ; ces tumeurs bénignes histologiquement peuvent devenir cliniquement malignes par extension ou par dégénérescence épithéliomateuse. »

Si nous envisageons les tumeurs dans leurs rapports

avec la paroi vésicale nous pouvons les classer en : pédiculées, sessiles, infiltrées.

TUMEURS PEDICULEES. — Ce sont les plus fréquentes, souvent multiples dans 40 % des cas de Fenwick ; de dimensions très variables, d'aspect irrégulier en chou-fleur ou en fines papilles. Ce n'est que leur dégénérescence, ou leur grand nombre réparti sur une portion suffisamment limitée de la vessie, qui serait une indication à la cystectomie partielle.

TUMEURS SESSILES. — Ces dernières sont rares, elles s'implantent par une base assez étroite qui ne modifie que dans ce point la consistance de la vessie. Qu'elles soient villeuses ou non, elles sont profondément implantées, et on trouve souvent des nids épithéliaux dans les couches de la muqueuse. Prises au début de leur évolution, et situées dans une partie facilement abordable de la paroi vésicale, elles constituent en quelque sorte les tumeurs de choix pour la cystectomie partielle.

TUMEURS INFILTREES. — Albarrau distingue ici les tumeurs qui font saillie dans la vessie, et celles qui ne font pas de relief apparent. Ces dernières ont un aspect cancéroïdal. Elles occupent une étendue plus ou moins considérable de la paroi vésicale, et font perdre à cette dernière sa souplesse normale. Rougeâtres, ecchymotiques parfois, les tumeurs qui font saillie ont une consistance molle ; elles sont friables se laissent enlever à la curette sans saigner beaucoup. Leur degré d'infiltration peut être considérable, toute la paroi vésicale, et trop souvent bien au-delà.

Aujourd'hui que l'on ne met plus en doute l'existence des lymphatiques dans les parois de la vessie, l'engorgement ganglionnaire n'a plus lieu de surprendre. Sur 17 cancers de la vessie, autopsiés, Albarran a trouvé envahis 11 fois les ganglions situés le long des vaisseaux hypogastriques, et Pasteau sur 129 observations dit l'avoir trouvé 102 fois.

Les néoplasmes vésicaux que l'on considérait comme rares sont fréquents. Sur 1150 hommes, hospitalisés dans le service de Necker durant une période de 4 ans, 55 étaient atteints de tumeurs vésicales, soit 3,90 %. C'est à peu près la proportion indiquée par Ultzmann qui trouve que les néoplasmes de la vessie représentent 3,2 % des affections de l'appareil urinaire.

Ces tumeurs sont fréquentes entre 30 et 60 ans avec un maximum de 40 à 60 ans ; à partir de cet âge elles diminuent. Les individus du sexe masculin sont plus souvent atteints que ceux du sexe féminin, une femme contre 3,5 hommes.

CHAPITRE II

Considérations générales et indications de la Cystectomie partielle.

Quelles sont donc les conditions les plus favorables pour qu'un malade atteint de tumeur vésicale, soit justiciable d'une cystectomie partielle, comportant le meilleur pronostic opératoire et post-opératoire ? L'affection est réputée comme redoutable entre toutes, non seulement par les troubles de la fonction urinaire qu'elle entraîne, mais aussi par les douleurs qui l'accompagnent et l'incertitude des résultats opératoires.

Les nombreux auteurs qui se sont occupés de la question n'ont-ils pas suffisamment condamné, cette méthode thérapeutique ? Et pourtant que faire ? Les traitements modernes basés sur l'emploi des courants électriques, électrocoagulation, fulguration, etc... s'ils donnent quelques résultats en cas de tumeurs bénignes, ne sauraient être employés en cas de vrais cancers. Nous ne contestons pas le secours important qui nous est fourni par la fulguration ; mais nous contestons que ce doive être la mé-

thode de choix. Elle ne doit hériter que des contre-indications ou des impossibilités de la cystectomie partielle. Il est indéniable qu'à l'heure actuelle le doute sur la valeur radicale de l'excision des tumeurs vésicales est entré dans l'esprit de beaucoup d'urologistes, et on en trouve un certain nombre qui fondent plutôt leur espoir sur le traitement par l'électro-coagulation et l'étincellage.

La faveur dont jouit à l'heure présente le traitement électrique ne saurait cependant faire oublier les indications qu'a si bien précisées Heitz-Boyer : « Nous avons, en principe, dit-il, employé cette méthode seulement sur les tumeurs paraissant bénignes c'est-à-dire les tumeurs vésicales pédiculées, nous conformant ainsi aux idées même d'Oudin qui n'a jamais parlé de l'action de ces courants que sur les végétations bénignes.

Le radium appliqué par la voie endovésicale, ou après ouverture de la vessie, la multiplicité des techniques employées, et la variabilité des résultats obtenus, ne permet pas encore de donner une appréciation bien nette, du moins à l'heure actuelle ; la question reste à l'étude.

Et malgré cela n'est-il pas utile, sinon de guérir toujours, du moins de prolonger les vies humaines, et d'apaiser leurs souffrances ?

Toute la question nous paraît dominée par la situation de la tumeur dans la vessie, et par son degré d'envahissement. La cystectomie sera facile si la tumeur siège sur la région antéro-latérale, ou sur le dôme vésical, c'est-à-dire sur une partie où l'on pourra faire une large résection des parois en tissu sain. A signaler sur les parties latérales, la présence des orifices urétéraux qui peuvent être une cause de difficulté opératoire. Il ne faudra pas craindre cependant une réimplantation dans la portion

de vessie conservée, de suite après l'opération, ou si cette dernière a été laborieuse on pourra se contenter d'un abouchement à la peau, quitte à faire plus tard un abouchement secondaire dans la vessie, si l'opération est suivie de succès.

Les tumeurs occupant le plancher vésical, le trigone, correspondent aux conditions les plus difficiles de l'opération partielle, et comme le propose M. le Professeur Rochet « il faut s'aider de la décollation préalable de la vessie, comme temps préliminaire de l'exérèse.

D'autre part si le diagnostic clinique est fait de bonne heure, question primordiale, car il ne faut pas se fier à l'aspect extérieur d'une tumeur pour juger de sa malignité, on aura un argument de plus en faveur de la cystectomie partielle. En effet si à ce moment il s'agit d'une tumeur pédiculée, d'une tumeur sessile, mais non encore largement infiltrée, les chances de récurrence seront diminuées.

L'intervention sera donc d'autant plus **bénigne**, que la tumeur sera pédiculée ou sessile, et qu'on aura pu faire à ce moment une résection aussi large que possible. Ainsi comprise la cystectomie partielle a donné entre les mains de nombreux chirurgiens de bons résultats. Les malades sont débarrassés de leurs hématuries, de l'infection chronique, et surtout de ces douleurs parfois terribles que rien ne soulage. Même si plus tard une récurrence survient, au bout de 3 ou 4 ans, n'est-ce donc rien comme on l'a dit, d'avoir rendu l'opéré à la vie normale pendant ce laps de temps.

Ce qui pèse lourdement sur les statistiques opératoires des cancers de la vessie, c'est que l'opération subit un retard parfois considérable par la lenteur du diagnostic,

par la négligence du malade à se faire soigner, et souvent aussi par le refus opposé aux larges interventions, alors que le sujet ne souffre pas beaucoup, et que seules quelques hématuries l'inquiètent.

Pour avoir des chances de réussir il faudrait un diagnostic précoce ; l'âge du malade, l'examen clinique, et cystoscopique, l'examen histologique des dépôts de l'urine, peuvent y conduire bien souvent. Le vrai moyen serait de voir et de toucher la tumeur par une taille hypogastrique, et comme le fait remarquer M. le Professeur Rochet dans un article du *Journal d'Urologie*, il faudrait avoir l'autorisation du malade, car si après l'intervention, il persistait une fistule en cas de néoplasme malin il faudrait être autorisé à faire une opération aussi large qu'il sera nécessaire pour la supprimer.

La cystectomie partielle ne constitue pas par elle-même une opération plus grave pour les suites immédiates que beaucoup d'autres opérations abdominales ; ce qui fait sa gravité c'est qu'on intervient le plus souvent trop tard sur un sujet épuisé par les douleurs atroces de la cystite néoplasique, affaibli par des hématuries répétées, hors d'état de supporter un choc important. C'est surtout aussi parce que ces malades sont devenus des rénaux soit par les infections secondaires parties de la vessie, soit par la rétention vésicale et rénale chronique qui les atteint tous à un moment donné.

En ayant pris toutes les précautions possibles, ayant constaté l'état du fonctionnement rénal, en somme après avoir mis en œuvre tous les moyens de diagnostic, la cystectomie partielle ne présente pas plus de gravité qu'aucune autre opération.

Du jour où le chirurgien a eu notamment à sa disposition les avantages de la position de Trendelenbourg, il lui a été permis d'avoir toutes les audaces avec le maximum de garanties, pour toutes les interventions intéressant le petit bassin. C'est de ce jour-là que date l'idée d'emprunter la voie transpéritonéale pour s'attaquer à la vessie.

Pour la vessie comme pour les autres viscères, l'ablation complète des lésions reste le seul but rationnel ; ici malheureusement l'ablation des foyers lymphatiques et des ganglions est impossible. La statistique rapportée par Rafin en 1905 à l'Association Française d'Urologie sans être très encourageante montre que, les considérations développées plus haut à propos de la transformation maligne des papillomes vésicaux, et que l'incertitude dans laquelle on est le plus souvent sur la structure de la base d'implantation, sont des arguments suffisamment sérieux pour rendre la cystectomie partielle d'un emploi plus fréquent.

De ce fait le pronostic éloigné serait certainement amélioré, d'autant plus que le malade serait opéré plus tôt, la tumeur plus petite, moins étendue donc plus facilement extirpable, avec un état général satisfaisant.

En définitive et pour nous résumer, la cystectomie partielle est encore une opération pleine d'imprévu, tant au point de vue des résultats opératoires, que des résultats éloignés.

Etant donné la gravité de l'affection qu'elle se propose de traiter, et l'incertitude des méthodes actuelles qui tendent à se substituer à elle, la résection partielle de la vessie reste cependant indiquée dans les cas précisés dans notre travail.

Avant d'adopter tel mode de traitement, il faut bien considérer la tumeur, sa forme, sa localisation, son étendue, sa nature. Se souvenir que les opérations ne donnent de résultats curatifs que lorsqu'il s'agit de papillomes, et qu'elles sont presque toujours suivies de récurrence en cas de tumeurs malignes que la pratique journalière présente trop tard à notre examen. La cystectomie partielle reste l'opération de choix en cas de tumeurs pédiculées multiples, ou sessiles non infiltrées.

Si le diagnostic clinique a été fait de bonne heure, si le cancer est encore localisé à une portion limitée de la vessie, s'il n'a pas déjà dépassé ses parois, pour adhérer aux organes voisins, la résection partielle, faite largement, au-delà des lésions, et bien entendu de dehors en dedans, après décollement préalable de la paroi envahie aussi loin qu'il le faut, pour tailler en tissus sains, peut donner de bons résultats. Comme l'a dit M. le Professeur Rochet « n'y en aurait-il qu'un sur cent, et il y en a davantage, qu'on serait autorisé à continuer les tentatives et à lutter ».

CHAPITRE III

Technique opératoire.

Différentes voies d'accès ont été proposées, et s'offrent au chirurgien, pour lui permettre de s'attaquer à la paroi vésicale. La résection partielle présente suivant le point où siège la tumeur, des difficultés diverses, qui font que la technique de ces ablations est loin encore d'être fixée.

Deux voies se partagent les opinions : la voie extra-péritonéale, la voie intrapéritonéale.

La première paraît être la voie de choix pour les tumeurs de la base et de la face antérieure. Nous n'insistons pas ici sur la technique si bien fixée par Albarran ; le seul temps souvent délicat est celui qui consiste à récliner en haut le cul-de-sac péritonéal souvent adhérent. Après ouverture de la vessie, et mise en place des fils suspenseurs dont Guyon a réglé l'emploi, et qui permettent en tirant sur la paroi vésicale, d'extérioriser l'organe et d'opérer plus proprement, on fait la résection ; mais alors c'est ici que se trouvent en présence avec chacune, de nombreux défenseurs, les méthodes qui consistent à faire la résection de dedans en dehors ou de dehors en dedans,

La cystectomie partielle peut être pratiquée suivant l'un ou l'autre de ces procédés. Dans le premier cas le chirurgien fait au préalable une cystostomie ; puis la tumeur saisie avec une pince est attirée au dehors, et au bistouri on circonscrit sa base d'implantation. Lorsqu'il s'agit de tumeur bénigne, l'incision ne dépasse pas en profondeur la muqueuse qui seule est réséquée. Dans les cas douteux, il faut aller plus profondément, et extirper toute l'épaisseur de la paroi vésicale. Avec cette technique le chirurgien ne sait exactement où il va, ni ce qu'il va rencontrer ; il s'expose à ouvrir le péritoine lorsqu'il intervient au niveau de la face postérieure de la vessie, à blesser les vaisseaux à la surface de l'organe, vaisseaux qui peuvent devenir ultérieurement la cause d'hémorragies secondaires ou à intéresser l'urètre dans les néoplasmes des faces latérales.

Aussi nombre de chirurgiens préfèrent-ils pratiquer la cystectomie de dehors en dedans. La chose est simple pour une tumeur de la paroi antérieure, plus complexe lorsqu'il s'agit de lésions de la paroi postérieure, car on emploie alors en général la voie transpéritonéale, et l'on s'expose à voir l'urine filtrer dans la grande cavité.

Le manuel opératoire suivant, qui a été adopté par M. le Professeur Rochet, à la suite de toute une série de recherches cadavériques, permet d'enlever les tumeurs les plus étendues, quel que soit leur point d'implantation.

Nous empruntons la description de cette technique à un article de M. le Professeur Thevenot :

« Pour avoir sur la vessie un jour suffisant, dit-il, M. Rochet, fait une incision transversale de Pfannenstiel,

intéressant la peau et l'aponévrose des droits. Les 2 lèvres de l'aponévrose sont réclinées en haut et en bas, les droits écartés, et l'on a ainsi sur la paroi antérieure de la vessie tout le jour désirable. La paroi antérieure est libérée sur toute son étendue. Puis la face postérieure de la vessie est séparée du péritoine qui la recouvre. Ce feuillet contracte en haut des adhérences un peu serrées avec le muscle vésical, mais il est toujours possible de l'en séparer par une dissection soignée.

Plus bas le décollement se pratique sans encombre, jusqu'à la base de la vessie. Cette dernière peut être alors attirée au dehors. Fixée au niveau de sa face inférieure elle est également maintenue à droite et à gauche, par les artères et les veines issues des vaisseaux ombilicaux, et qui, engainées dans un tissu conjonctif dense, paraissent constituer de chaque côté une sorte de ligament. Suivant l'étendue de la tumeur, et avant l'ouverture de la vessie, il pourra être nécessaire de réséquer l'une ou l'autre de ces lames vasculaires latérales.

Le chirurgien ayant ainsi la vessie bien en main, la cystectomie peut être faite de dehors en dedans sans aucun danger, sur une étendue aussi large que le demandera la lésion, et la nature des tranches de section vésicale sera facilitée notablement par cette mobilisation de la vessie, qu'on tient littéralement entre le pouce et les doigts.

Un tel procédé a l'avantage de donner un jour considérable et de faciliter l'acte opératoire, mais il pourrait comporter un danger dont il importe d'être prévenu. Il a créé autour de la vessie un décollement étendu, et si de l'urine venait à filtrer entre les points de suture, mal-

gré la mise en place d'une sonde à demeure, on pourrait observer un sphacèle assez marqué de tout le tissu conjonctif avoisinant. Il est donc prudent de ne refermer que partiellement les divers plans de la paroi abdominale, et d'assurer un drainage soigné des régions pré et rétro-vésicales. L'infection du tissu cellulaire, ne déterminera alors que des accidents locaux, sans décollements fusant dans l'épaisseur de la paroi ou du côté du bassin ; alors que les portions sphacélées se seront éliminées, le bourgeonnement de la plaie en amènera assez vite la cicatrisation.

En agissant de la sorte ~~à ciel ouvert~~, on peut dépasser largement l'implantation des néoplasmes, sans s'inquiéter du péritoine, et espérer mettre le malade à l'abri d'une récurrence, surtout dans ces lésions de malignité douteuse que sont les papillomes vésicaux.

Nous ne voyons qu'une contre-indication au procédé employé, c'est l'envahissement du revêtement péritonéal ; mais alors on s'en aperçoit pendant le décollement, et on entre alors systématiquement dans le péritoine, quitte à le refermer plus tard en un feuillet indépendant de la vessie. »

Pour d'autres auteurs la méthode intra-péritonéale est la méthode de choix. Elle donne un accès facile de la cavité vésicale, permet de méconnaître l'obstacle des droits, et d'atteindre une tumeur profondément située dans la cavité vésicale.

Elle permet de parer **rapidement à une hémorragie** qu'on conque et ne s'occupe pas des adhérences possibles du péritoine avec la vessie. Mais ce dernier argument est-il si important ? La perte de temps que comporte ce décolle-

ment du péritoine dans les cas où existent des adhérences, n'es-t-elle pas largement compensée, en permettant au chirurgien de se rendre compte de l'état des tissus environnants, des limites de l'infiltration, d'un si grand intérêt au point de vue du pronostic éloigné. Si le péritoine est sain elle le laisse intact, évitant tout danger d'infection au contact des liquides infects du réservoir vésical, et de plus évite de le blesser au cours d'une opération aveugle endo-vésicale.

Se sont les chirurgiens américains qui les premiers préconisèrent cette technique ; Harrington en 1893, puis Mayo en 1907, Judd en 1908 publiait une dizaine d'observations.

En 1914 à la Société de Chirurgie de Lyon, M. Taver~~n~~ier présentait une observation de cystectomie partielle, avec résultats opératoires excellents, et où il avait utilisé la voie transpéritonéale.

Cet auteur s'étonne que cette méthode ne soit pas plus employée en France, et montre dans une discussion avec MM. Goullioud et Bérard les avantages de cette technique.

M. le Professeur Bérard montre que cette voie d'accès a été rejetée pour les tumeurs voisines du plancher vésical et de l'embouchure des urètres, où l'ouverture d'emblée de la vessie s'impose, afin de se rendre compte si la largeur de la base d'implantation du néoplasme ou la multiplicité des tumeurs ne s'oppose pas à une intervention radicale autre que la cystectomie totale. Pour nombre de grosses tumeurs du dôme également, on a cru essentiel d'ouvrir d'abord la vessie, ce qui est le seul moyen d'apprécier l'étendue du sacrifice à faire. Resteraient les tumeu

limitées ou pédiculées de la portion intra-péritonéale pour lesquelles Tuffier dès 1898 avait pratiqué et recommandé la voie abdominale qu'a suivie M. le P. Bérard à propos d'une tumeur du dôme vésical opérée par lui en 1890

STATISTIQUES. — RESULTATS

Le bilan de la cystectomie partielle, tel que l'avait établi Rafin, est le suivant : 96 opérations, 21 décès, 25 résultats éloignés inconnus ; les 50 résultats éloignés connus ont donné : 5 guérisons constatées 3 ans et 4 mois, 4 ans, 5 ans et 6 ans après l'opération et Rafin ajoutait : « Quant aux 21 malades pour lesquels l'histoire se clôt au moment de l'opération, il n'y a pas lieu de supposer qu'ils aient été mieux partagés ; l'hypothèse opposée serait plus admissible.

Sur ces 21 malades :

3 avaient une tumeur **siégeant** sur la paroi supérieure ;

1 avait une tumeur **siégeant** sur la paroi antérieure ;

4 avaient une tumeur **siégeant** sur la paroi antéro-postérieure ;

4 avaient une **tumeur** **siégeant** sur la paroi latérale.

Et sur les 25 résultats éloignés inconnus :

6 avaient une tumeur **siégeant** sur la paroi supérieure ;

2 avaient une tumeur **siégeant** sur la paroi antérieure ;

4 avaient une tumeur **siégeant** sur la paroi latérale.

Or on sait, comme nous avons cherché à le montrer dans ce travail, la part importante que prend la situation de la tumeur, en vue du pronostic éloigné.

La statistique d'Albarran donne :

Papillomes	.....	20	cas ;	0	décès ;	mortalité	0 0/0.
Epithéliomas	....	26	—	2	—	—	8 0/0.
Néoplasmes							
de nat. douteuse.	10	—	1	—	—	—	8 0/0.
Sarcomes	.....	3	—	0	—	—	0 0/0.
Cancroïdes	.....	1	—	0	—	—	0 0/0.
Ensemble	.....	60	—	3	—	—	5 0/0.

La statistique de Pousson donne :

Papillomes	.....	13	cas ;	0	décès ;	mortalité	0 0/0.
Epithéliomas	....	35	—	8	—	—	22 8 0/0.
Carcinomes	.....	2	—	0	—	—	0 0/0.
Cancroïdes	.....	3	—	0	—	—	0 0/0.
Angiomes	.....	2	—	0	—	—	0 0/0.
Néoplasmes							
de nat. indét.....	5	—	0	—	—	—	0 0/0.
Ensemble	.....	60	—	8	—	—	13 3 0/0.

Ainsi la mortalité opératoire globale, qui est de 22,4 0/0 dans la statistique de Rafin, s'abaisse au chiffre de 5 0/0 dans celle d'Albarran et de 13,3 0/0 dans celle de Pousson. Il est intéressant de noter que les épithéliomas supportent à eux seuls tout le poids de la léthalité opératoire.

Résultats éloignés. — Ici comme dans toutes les affections chirurgicales, ces résultats sont les plus importants à connaître ; malheureusement ce sont ceux sur lesquels nous avons le moins de renseignements pour des raisons de causes diverses.

Voici ce que nous apprennent à cet égard les statistiques précédentes :

Rafin n'a pu réunir qu'un nombre relativement insignifiant d'observations comportant la mention résultats éloignés :

Papillomes, 26 cas. — Absence de récurrence, 15 fois. 5 de ces malades vivaient plus de 3 ans après l'opération.

Récurrence 9 fois, dans un délai non indiqué. Mort sans indication de cause, 2 fois.

Epithéliomas, 15 cas. — 1 guérison se maintient 6 ans et 3 mois après l'opération ; 1 guérison se maintient 2 ans et 6 mois après l'opération ; 1 récurrence 2 ans après l'opération ; 1 récurrence 1 an et demie après l'opération ; 11 morts ou récurrences dans l'année.

Sarcomes, 22 cas. — 1 guérison se maintenant 11 ans et 8 mois après l'opération ; 1 guérison se maintenant 1 an après l'opération ; 19 décès dans l'année.

Albarran fournit les résultats suivants :

Papillomes, 8 cas. — Absence de récurrence 6 fois constatée après 16 mois, 3 ans, 2 fois 4 ans, 9 ans, 14 ans.

Récurrence 2 fois chez le même malade, 7 ans et 12 ans après la première opération.

Epithéliomas, 14 cas. — Abs. de récurrence 6 fois constatée après 1 an 5 mois, 3 ans, 3 ans 4 mois, 5 ans, 5 ans 5 mois, 6 ans. Récurrence 7 fois dans l'année, 1 fois un peu plus d'un an après l'opération.

Sarcomes, 2 cas. — Absence de récurrence 2 fois constatée 1 an et 6 mois après l'opération.

Parmi les opérés suivis par Pousson on trouve :

Papillomes, 10 cas : Absence de récurrence après 5 ans (2 cas, 3 ans 1/2, 2 ans, 1 an 1/2, 1 an (3 cas), 6 mois (2 cas).

Epithéliomas, 20 cas : Mort par cachexie, récurrence ou généralisation, 18 cas. Mort par pyélonéphrite au bout de 2 mois. Mort par suicide au bout de 4 mois.

Carcinome, 1 cas. — Mort par cachexie au bout de 5 mois.

Cancroïde, 1 cas. — Récurrence au bout de 9 mois. réopération, mort 5 mois après.

De ces statistiques se dégage cette conclusion : à savoir qu'en cas de tumeurs malignes, la récurrence est le plus souvent la règle. Cependant cette conclusion ne doit pas faire condamner le principe des interventions en face d'un épithélioma, ou d'un cancroïde, car la survie chez certains malades peut dépasser 2 ans et même davantage. Que faire de mieux actuellement dans ces cas ?

Dans toutes les opérations que nous venons de mentionner la résection vésicale, si étendue qu'elle soit, n'est que partielle. Dans leur désir de prévenir toute récurrence les chirurgiens ont poussé plus loin l'audace, et enhardis par les vivisections de T. Gluch et Zell, de Fischel, de Bardenheuer en Allemagne, de Navaro, Tizzoni, Poggi en Italie, de Tuffier en France ils ont proposé d'extirper la vessie en totalité, abouchant les urètres soit à l'abdomen soit au rectum, soit au vagin.

Bensa, Goldenberg de Königsberg, Wendel en France, et Rafin dans son rapport ont rassemblé tous les cas pu-

bliés. Au nombre de 30, ils avaient fourni 17 décès opératoires, soit 56,6 0/0 de mortalité. Des 13 survivants 5 ont été perdus de vue, des 8 restants, 4 sont morts dans l'année. Il est infiniment probable que dans les cas de survie prolongée, les chirurgiens avaient eu affaire à des tumeurs bénignes. Dans ce cas, l'extirpation totale de la vessie est injustifiée et à ce point de vue elle n'a aucun avantage sur la résection partielle ; en effet contrairement à la technique générale, employée dans l'ablation d'une tumeur, on ne peut ici enlever ni les ganglions tributaires, ni les trajets lymphatiques.

En cas de tumeurs malignes son extrême gravité ne nous semble pas devoir être rachetée par les chances minimales d'une guérison radicale moins que certaine.

Nous rapprochons de ces statistiques celle présentée dans sa thèse par le docteur Ricard Pomarède de la Faculté de Montpellier. Cet auteur a pu réunir 30 cas de cystectomies partielles ne figurant pas dans la statistique de Rafin produite à l'Association Française d'Urologie du 5 octobre 1905.

Cette statistique donne des résultats on ne peut plus encourageants, puisqu'elle indique :

2 cas de mort rapide : 1 de cause non indiquée ; 1 de pyélo-néphrite ; *28 cas de guérison opératoires* ; *2 cas de mort non opératoire* : 1 mois après de tuberculose pulmonaire ; un 2 ans après, de cancer du foie à marche rapide ; *2 cas perdus de vue* ; *16 cas de guérison constatées et suivies*, dont les plus persistants ont été de 5 7 et 9 ans ; *8 cas de récurrence* : 2 après 1 an ; 2 après 3 ans ; 4 assez rapides, toutes avaient trait à des tumeurs

siégeant dans la région urétérale ou dans la paroi postérieure inférieure, les plus rapides s'étant produites à la suite de tumeurs nettement infiltrées.

Nous rapportons ici une statistique donnée dans sa thèse par le docteur Vouters, de la Faculté de Bordeaux, montrant quelques résultats comparatifs à différents points de vue, suivant que les tumeurs de vessie sont traitées avec ou sans résection.

Procédé donnant les meilleurs résultats en cas de tumeurs pédiculées.

Tumeurs pédiculées chez l'homme de 40 à 50 ans

Opération sans résection : mortalité opératoire, 67 0/0 ; survie de 18 mois.

Opération avec résection : mortalité opératoire, 0 0/0 ; survie de 3 ans.

Tumeurs pédiculées chez l'homme de 50 à 60 ans

Opération sans résection : mortalité opératoire, 0 0/0 ; survie de 7 mois.

Opération avec résection : Mortalité opératoire, 0 0/0 ; survie de 2 ans.

L'intervention avec résection donne donc de meilleurs résultats que celle sans résection.

L'extirpation étant jugée possible, quels résultats ont-ils été obtenus lorsque la tumeur était sessile ou pédiculée ?

I. *Opération avec résection chez l'homme de 50 à 60 ans.*

Tumeur sessile : Mortalité opératoire, 0 0/0 ; survie, 3 ans, 3 mois.

Tumeur pédiculée : Mortalité opératoire, 0 0/0 ; survie, 3 ans, 6 mois.

II. *Opération chez l'homme avec résection de 60 à 70 ans.*

Tumeur sessile : Mortalité opératoire, 0 0/0 ; survie, 14 mois, 15 jours.

Tumeur pédiculée : Mortalité opératoire, 0 0/0 ; survie, 2 ans.

Les résultats de la résection partielle ont donc été meilleurs dans les cas de tumeurs pédiculées que dans ceux de tumeurs sessiles.

Après avoir indiqué que la mortalité opératoire augmente avec l'âge des sujets, l'auteur passe à l'étude de la survie conférée :

I. *Tumeurs sessiles chez l'homme opérées sans résection*

De 30 à 40 ans, survie moyenne, 3 mois 15 jours. De 40 à 50 ans, survie moyenne, 10 mois 7 jours. De 50 à 60 ans, survie moyenne, 5 mois 25 jours. De 60 à 70 ans, survie moyenne, 3 mois, 7 jours.

II. *Tumeurs pédiculées chez l'homme opérées sans résection*

De 40 à 50 ans, survie moyenne, 18 mois. De 50 à 60 ans, survie moyenne, 7 mois. De 60 à 70 ans, survie moyenne, 9 mois.

III. *Tumeurs pédiculées chez l'homme opérées avec résection*

De 40 à 50 ans, survie moyenne, 5 ans. De 50 à 60 ans, survie moyenne, 3 ans. De 60 à 70 ans, survie moyenne, 2 ans.

Les sujets adultes sont ceux qui bénéficient de la survie la plus longue.

Au total, c'est à l'âge adulte que l'intervention donne les meilleurs résultats.

Le même auteur montre que des deux sexes c'est le sexe féminin qui est le plus favorisé.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

M. le Professeur Rochet publiait en 1921 6 observations que nous lui empruntons. Sur 9 opérations pratiquées par lui, 3 des opérés appartenant au milieu hospitalier, et qui avaient quitté l'hôpital en bon état, sans fistule consécutive, ont négligé de venir se montrer à nouveau, et ont été perdus de vue au bout de quelques mois.

Suivent les 6 autres observations.

OBSERVATION I

Le premier malade était un homme de 52 ans porteur d'un cancer de la partie antéro-latérale de la vessie, ayant déjà envahi un peu la partie correspondante du plancher, sans toucher cependant à l'urètre. Il a survécu 10 mois après la cystectomie partielle aussi complète que possible, débarrassé des hématuries et des douleurs, mais gardant une fistule sus-pubienne. Il a succombé à une récurrence sur la partie inférieure de la vessie, et à une cachexie progressive.

OBSERVATION II

Le second malade, homme de quarante huit ans, portait

une ulcération cancéreuse de la largeur d'une pièce de 5 fr. placée sur la face postérieure de la vessie, à une certaine distance du plancher, au dessus de la barre interurétérale et n'intéressant, ni les orifices uretero-vésicaux, ni les urètres eux-mêmes. Il survécut plus de deux ans après l'opération, sans garder de fistule et put se croire guéri, mais il finit par mourir, avec les signes d'une récurrence sur la partie inférieure de la vessie.

OBSERVATION III

Le troisième malade est un homme de quarante ans qui avait été opéré trois ans auparavant par un autre chirurgien, d'un papillome suspect siégeant sur le trigone tout près de l'orifice uréthro-vésical. Au moment de l'opération actuelle, on constate que la tumeur a récidivé sous forme d'un épithélioma en chou-fleur assez volumineux, mais à base d'implantation restreinte, de la largeur d'un bout de doigt, située à droite de l'orifice uréthro-vésical.

La masse de la tumeur surplombait l'orifice et déterminait de la rétention chronique qui forçait le malade à se sonder deux ou trois fois par jour. L'abouchement urétéro-vésical du côté correspondant n'était pas intéressé. Il put être ménagé dans l'ablation de toute la paroi vésicale supportant la base d'implantation du néoplasme. La prostate n'avait rien et était saine sous le plancher. L'opération date de près de 3 ans et il ne s'est encore produit aucune récurrence. La miction est restée libre et facile depuis l'ablation.

OBSERVATION IV

(M. le Professeur Rochet)

Aux armées en juin 1916 le malade a des hématuries qui augmentent d'intensité jusqu'en décembre 16, époque à laquelle on lui enlève des papillomes vésicaux à Châlons. Ces der-

niers étaient situés au sommet de la vessie.

En mai 1917 nouvelles hématuries. Le 2 juillet 1917 la cystoscopie montre une légère cystite du bas fond ; les orifices urétéraux sont normaux, avec cependant un peu de congestion au niveau du méat urétéral droit. La cicatrice de la taille est très vasculaire, et il semble s'être fait à son niveau une dégénérescence néoplasique. Pas de papillomes visibles. Capacité vésicale 400 cc. ; les urines sont claires ; les hématuries reviennent tous les 8 ou 10 jours.

1^{er} août 1917. — A la cystoscopie, récurrence des papillomes vésicaux constatés précédemment ; la récurrence a eu lieu au niveau de la cicatrice.

Le malade entre au service de M. le Professeur Rochet le 4 septembre 1917. Il présente alors au dessus du pubis un noyau induré se prolongeant dans la profondeur. On fait alors une cystectomie partielle ablation de la paroi antéro-latérale et de la portion supérieure intra-péritonéale de la vessie. L'opération est faite par voie intra-péritonéale. On laisse un petit drain dans la vessie, après fermeture complète du péritoine.

Guerison sans incident, l'isthme du grain rapidement fermée. Le noyau induré qui se trouvait au niveau de la peau et qui plongeait dans la profondeur a été extirpé en totalité.

Le malade quitte le service le 7 novembre 1917.

On le revoit en avril 1918. Tout va très bien au point de vue récurrence vésicale ; point d'hématuries ne sont revenues. A la cystoscopie aucun ponti suspect dans la vessie. Mais on note que depuis quelques temps s'est développée une adénopathie des aînes, surtout à gauche, où l'on voit un gros ganglion, dur, du volume d'une amande.

On l'opère et à l'examen histologique M. le Professeur Paviot constate un ganglion de généralisation. Le malade quitte le service le 15 juin 1918.

On retrouve le malade le 13 janvier 1919, réformé n° 1, au centre urologique de Versailles. Il présente des urines sanglantes.

L'examen au cystoscope pratiqué par le docteur Luyckx

montré qu'il existait sur la ligne médiane, une cicatrice longitudinale, au fond de laquelle est une dépression cratéri-forme, blanchâtre, comme couverte de neige. Sur les bords de la cicatrice on voit une série de petits bourgeons charnus d'aspect néoplasique qui sont l'origine des hématuries.

De plus il y a tout autour de la cicatrice une zone d'œdème qui va en s'accroissant à mesure que l'on s'approche du col de la vessie.

Malheureusement le malade parut en convalescence et malgré la mention « retour au centre », on ne put le retrouver. C'est encore un cas qui aurait été intéressant à revoir et qui nous a échappé ; l'observation, à cause de l'envahissement des ganglions inguinaux n'en reste pas moins extrêmement curieuse.

OBSERVATION V

Le cinquième opéré est un homme de quarante quatre ans, qui présentait dans la vessie du côté gauche, un épithélioma végétant, de la grosseur d'un œuf de poule, sessile sur une base d'implantation, large comme une pièce de 2 francs, commençant à un bon travers de doigt au-dessus de l'orifice urétéral gauche et remontant le long de la partie latérale de la vessie. L'extirpation, après décollement externe de cette partie latérale, en fut aisée, et emporta, très à distance, toute la base d'implantation vésicale. Le sujet très anémié par des hémorragies répétées et à vessie très infectée, était très pâle, amaigri et avait déjà un état cachectique. Il se rétablit rapidement après l'intervention ; sa vessie se referma complètement en deux mois ; les urines sont redevenues claires et actuellement son état est excellent. L'opération ne remonte pas à assez longtemps, et il faut attendre pour conclure. En tous cas, le bénéfice de l'opération, faite à peu de frais, est déjà considérable.

OBSERVATION VI

(M. le Professeur Rochet)

Ch..... Pierre, 57 ans, cultivateur.

L'affection actuelle a débuté il y a 4 ans. A cette époque le malade s'aperçut qu'à certains jours, ses urines étaient

légèrement teintées de rose. Cette coloration ne tarda pas à se foncer ; elle est actuellement rouge foncé presque noire.

Ces hématuries duraient 15 jours à 1 mois, et étaient entrecoupées de période d'arrêt de même durée. Continues pendant toute la miction, elles coloraient uniformément l'urine. Pas de douleurs vésicales, pas de pollakiurie, pas de dysurie. Le malade n'a pas maigri et a conservé un bon état général.

Examen. — Le toucher rectal montre une prostate souple légèrement hypertrophiée dans toute son étendue, peut-être un peu plus à droite. Avec l'explorateur de Thompson, on perçoit sur le côté gauche de la vessie, une tumeur volumineuse, qui paraît siéger en arrière de l'orifice urétéral.

Les urines sont fortement teintées en rouge d'une couleur comparable à celle de la groseille, d'aspect et de consistance sirupeuses ; quelques caillots.

La palpation ne permet pas de sentir les reins à cause de l'épaisseur des parties molles.

12 février 1914. — Cystoscopie. Légère saillie de la prostate, orifices urétéraux normaux. Sur la face latérale gauche on voit une tumeur de la grosseur d'une grosse framboise, située un peu au-dessus de l'orifice urétéral.

17 février 1914. — Opération. On incise la peau circulairement à 3 cm au-dessus du pubis, on dissèque l'aponévrose et on incise les grands droits sur la ligne médiane. On les écarte au moyen de la valve de Dartigues. On récline le cul-de-sac péritonéal, et on dissèque avec la sonde cannelée le tissu cellulaire peri-vésical. La vessie est alors dégagée d'abord sur sa face antérieure, puis sur sa face postérieure ; elle reste adhérente par ses faces latérales, au point de pénétration des branches de l'artère ombilicale. Au cours de cette libération on constate qu'il n'y a pas d'infiltration néoplasique, des couches profondes de la paroi vésicale. Le pédicule latéral gauche est sectionné entre deux ligatures, et la tumeur est alors facilement sentie à travers la paroi.

On incise la vessie sur la face antéro-médiane et on aperçoit la tumeur en chou-fleur ayant l'aspect d'une grosse framboise, pédiculée sur la face latérale gauche et légèrement

sessile à sa partie supérieure. Après avoir repéré l'urètre par catéthérisme au moyen d'un stylet, on excise circulairement la vessie tout autour de la tumeur. On referme complètement sans drainer. Deux drains sont placés dans l'espace rétro-pubien. Suture de l'aponévrose des droits et de la peau. Drainage vésical par une sonde à demeure.

12 mars 1914. — Décollement et suppuration dans le tissu cellulaire de la paroi, qui nécessite une ouverture large de tous les plans suturés. Lavage au MnO_4K et pansement à la gaze iodoformée.

Le malade perd ses urines par l'abdomen et est dans les conditions d'une cystostomie. La température baisse progressivement, l'état général est excellent.

18 mars 1914. — La plaie opératoire bourgeonne activement et va se fermer par seconde intention.

10 avril 1914. — On enlève les drains pour les remplacer par de plus petits.

2 juin 1914. — Les drains sont enlevés. Le malade urine par la verge ; les urines contiennent un peu de sang.

13 juin 1914. — Le malade quitte le service. Perdu de vue.

OBSERVATION VII

(due à l'obligeance de M. le Professeur Rochet)

R..., Jean, 41 ans, employé.

L'affection actuelle a débuté en décembre 1918 par une hématurie qui a duré 3 jours. Les hématuries se sont renouvelées depuis à plusieurs reprises. Le malade fut soigné dans un hôpital où, dit-il, l'inoculation au cobaye fut négative, et la radio ne donna aucun renseignement. Le malade raconte avoir vu à plusieurs reprises un dépôt sablonneux dans ses urines ; dépôt qu'il compare pour l'aspect et la dureté à du sel.

Les hématuries paraissent nettement influencées par le travail et le repos. Elles sont abondantes, le malade ne souffre pas, et a de fréquentes mictions nocturnes (6 à 7 fois).

10 novembre 1920. — Examen. Organes génitaux externes

rien. Miction facile, 50 gr. d'urine contenant du pus, un peu de sang et laissent déposer 5 gros caillots. Sondage facile, pas de résidu.

Capacité vésicale : 200 gr. Pour obtenir la restitution de ces 200 gr. de liquide, on est obligé d'enfoncer la sonde profondément, d'une manière tout à fait anormale. Le liquide revient teinté de sang. Reins imperceptibles.

Toucher rectal : prostate normale ; le bas-fond vésical donne la sensation que la vessie n'a pas été entièrement vidée et tombe un peu. Il est possible qu'il soit resté un peu d'eu dans la vessie, car les caillots gênent le sondage et la miction.

14 novembre 1920. — Sonde à demeure qui calme l'hématurie, elle se bouche le 16, et le 17 au matin on trouve une vessie distendue, remplie de caillots, qu'on est obligé de vider avec la grosse sonde métallique. Etat d'anémie assez prononcé. Température à grandes oscillations 38-39.

20 novembre. — Intervention du Professeur Rochet : cystostomie. On trouve une vessie pleine de caillots et après les avoir évacués on constate la présence d'une tumeur étendue, végétante, en chou-fleur, sessile fixée à la paroi vésicale aux environs de l'urètre gauche par une large base d'implantation. Après curettage et résection de cette dernière, on suture les lèvres de la muqueuse ; elle apparaît lisse et normale sur tout le reste de la vessie. Mise en place de deux gros drains.

L'après-midi malgré une injection sous-cutanée de 800 gr. de sérum, état grave avec pouls à 160, sueurs abondantes, température 40°7. Respiration superficielle, précipitée ; pâleur extrême avec décoloration des lèvres. Huile camphrée, sérum adrénaliné intra-veineux, oxygène.

Réponse du laboratoire d'anatomie pathologique.

Le fragment examiné est formé de volumineux boyaux épithéliaux, composés de large cellules à noyaux bien dessinés. L'aspect exubérant des cellules, leur disposition en boyaux séparés par quelques travées de tissu fibro-conjonctif hyalin font porter le diagnostic, d'épithélioma.

1^{er} décembre 1920. — Au bout de 2 jours l'état du malade

s'améliore peu à peu ; il reprend des couleurs, son poulx se raientit, est mieux frappé. Mais on note une escharre sacrée assez vaste (Elle serait due au glissement malheureux d'un cataplasme sinapisé?).

15 décembre 1920. — Le malade va bien ; la plaie est en très bon état, se referme peu à peu. Lavages quotidiens par le canal ; l'escarre s'améliore et commence à bourgeonner. L'état général est bon. Le malade mange bien.

31 décembre 1920. — L'état local et général s'améliore toujours ; le malade se plaint de douleurs vives dans les membres inférieurs, surtout au niveau des adducteurs.

4 février 1921. — L'exploration au Thompson (Professeur Rochet) ne donne pas la sensation de calculs et ne fait pas saigner. Les urines sont encore troubles, après filtration, disque d'albumine très net.

Le malade quitte le service le 19 mars 1921.

Revu au début de 1922. Pas de récidence.

OBSERVATION VIII

(due à l'obligeance de M. le Professeur André)

II... Camille, 51 ans, chef de train.

Papillomes vésicaux : hématuries ayant débuté sans douleurs en 1911.

20 juillet 1914. — Le diagnostic de papillomes est posé et on décide la coagulation.

1^{re} séance : à gauche, tumeur du volume d'une noix, implantée sur la région urétérale : 350 m. a. 3'25".

Novembre 1916. — On pratique 6 séances d'électrocoagulation, les dernières en 1917. Les hématuries cessent pendant 8 mois.

15 décembre 1918. — Les hématuries ayant reparu, une taille est pratiquée 3 mois après à Paris par le Professeur Chevassu, pour néoplasme trop considérable pour être traité par l'électrocoagulation. Sort le 20 avril 1919. Deux mois plus tard, l'examen cystoscopique indique un néoplasme in-

filtré sur la paroi latérale gauche, au-dessus de l'orifice urétéral. Plusieurs séances d'électrocoagulation.

27 avril 1919. — On aperçoit 2 papillomes de dimensions respectives d'un pois et d'une lentille ; un pédiculé sur la paroi antérieure, et à gauche une masse sessile du diamètre d'une pièce de 2 francs. 7^e séance d'électrocoagulation.

14 juin 1919. — Elimination de nombreux débris ; urines teintées de sang. Sur la paroi gauche on voit une petite tumeur arrondie, assez régulière, sessile qui ne remplit qu'une partie du champ. En haut sur la cicatrice de la taille, se trouve un petit polype. Jusqu'au 28 novembre 1919 s'espacent plusieurs séances d'électrocoagulation.

15 janvier 1920. — Hématurie abondante depuis quelques jours. Adrénaline dans la vessie pour pouvoir cystoscooper.

Trois tumeurs qui saignent au sommet. A gauche en bas, un petit polype. Electrocoagulation. Cependant devant la difficulté d'apprécier les limites du néoplasme, on décide de pratiquer une taille.

17 janvier 1920. — *Opération.* Taille hypogastrique large longitudinale qui permet de constater la présence de tumeurs multiples sessiles et largement implantées sur la paroi postérieure jusque près du bas-fond et sur les parties avoisinantes des surfaces latérales. Sur la face latérale droite on constate la cicatrice faite pendant la séance précédente d'électrocoagulation.

On passe encore le thermo-cautère sur les surfaces déjà cautérisées. Le bas-fond étant indemne de néoplasme on se décide à faire une cystectomie partielle. Résection de toute la paroi postérieure jusqu'au niveau du bas-fond à environ deux travers de doigt en arrière des orifices urétéraux ; on enlève également une partie des faces latérales obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, en partant de l'angle d'incision antérieur de la vessie pour aboutir à la surface sectionnée en arrière. Après avoir mis deux drains-siphons, reconstitution par une série de sutures d'une petite vessie avec ce qui reste du bas fond, des faces latérales et de la face antérieure.

A noter que pendant la dissection de la face latérale gauche au niveau de son union avec le bas-fond, on aperçoit un cordon blanchâtre qui semble être l'urètre ; on le dissèque pour le ménager, la section de la vessie passe très près de lui. Lavages quotidiens au nitrate.

Examen anatomo-pathologique. Papillome muqueux de la vessie sans transformation maligne. Petit abcès sous muqueux.

2 février 1920. — Suites opératoires normales. Le malade urine 125 grammes toutes les 2 heures.

19 février 1920. — Mictions chaque trois heures le jour, chaque quatre heures la nuit. Capacité vésicale 240 gr. Cystoscopie : vessie normale ; on voit au sommet une cicatrice longitudinale et transversale, étoilée. Urètres normaux, les signes de cystite ont disparu ; un peu d'œdème bulleux du sommet, le long de la cicatrice et une petite zone d'œdème dans le bas-fond.

13 mars 1920. — Mictions toutes les 3 heures et demie. Quelques bourgeons tout au sommet de la vessie, un petit bourgeon dans le bas-fond.

Electrocoagulation.

15 mai 1920. — Le malade reste normalement 3 heures sans uriner ; état général excellent, aucune hématurie, capacité vésicale 250. Au sommet on retrouve une cicatrice étoilée dont le centre est encore un peu rouge ; autre cicatrice sur la face latérale gauche, également étoilée avec un peu d'œdème bulleux ; le reste de la vessie est normal. On décide de cautériser les 2 centres de cicatrices. Sur une des branches de la cicatrice supérieure il y a une série de petites verrucosités qu'on cautérise également.

Electrocoagulation.

19 juillet 1920. — Aucun symptôme fonctionnel anormal. Se plaint de douleurs depuis la partie inférieure de la cuisse jusqu'au cou-de-pied ; pas d'œdème. Capacité 200 cmc.

Electrocoagulation.

1^{er} octobre 1920. — Le malade a été bien portant depuis la dernière fois. Depuis huit jours urine un peu de sang.

Reste 3 heures sans uriner le jour, mais urine toutes les heures pendant la nuit. Capacité vésicale 200 cmc.

Electrocoagulation.

12 novembre 1920. — Depuis le 1^{er} octobre hématuries incessantes et abondantes.

Cystoscopie : On aperçoit une grosse tumeur infiltrée insérée dans le bas-fond vésical à sa partie reculée ; on voit nettement de gros bourgeons néoplasiques qui tapissent tout le bas-fond. Le malade se plaint de douleurs à forme sciatique gauche (propagation ganglionnaire dans le petit bassin). Dans le pli de l'aîne **gauche un gros ganglion** du volume d'une noix.

15 novembre 1920. — Hématuries abondantes. Taille hypogastrique difficile en raison des nombreuses adhérences. Le bas-fond est le siège dans sa partie la plus reculée d'une volumineuse tumeur indurée, adhérente de tous les côtés. On place 3 tubes de radium (0 gr. 125) ; tamponnement à l'aide d'une longue mèche pour maintenir les tubes ; un drain siphon ; quelques points de suture.

16 novembre. — Les hématuries diminuent, le 17 elles cessent complètement, les urines sont troubles.

3 décembre 1920. — Le malade fait de la laryngite aiguë ; pharynx recouvert d'un exsudat blanchâtre ayant l'aspect du muguet. Injection de sérum antidiphtérique. Prélèvement.

9 décembre 1920. — Dyspnée sans tirage, le malade meurt dans la nuit de diphtérie confirmée par le laboratoire.

OBSERVATION IX

(due à l'obligeance de M. le Professeur André)

M. Gu.....

Le malade a été pris il y a une dizaine de jours, d'une forte hématurie, qui a duré une huitaine en diminuant peu à peu ; puis tout est rentré dans l'ordre. Pas de douleurs, pas de fréquence des mictions, pas de pus.

18 septembre 1908. — Cystoscopie. On constate sur la face

antérieure de la vessie près du sommet, l'existence d'une tumeur sessile du volume d'une noix, largement implantée, arrondie, de couleur blanchâtre. Le reste de la vessie est normal.

21 septembre 1908. — Opération. La vessie mise à découvert on constate que la tumeur fait à l'extérieur une saillie au moins aussi forte qu'à l'intérieur. Elle adhère fortement au cul-de-sac péritonéal doublé de sa graisse qui est infiltrée. On peut cependant relever le péritoine sans l'ouvrir. On sectionne la vessie, et glissant un doigt à l'intérieur, on résèque la paroi tout autour de la tumeur en tissu sain. On reconstitue ensuite facilement la paroi vésicale. On laisse un orifice par où passent 2 tubes siphons ; suture des muscles au catgut et de la peau aux crins.

Suites opératoires normales ; le malade ne se mouille pas.

Réponse du laboratoire d'anatomie pathologique :

La tumeur a le volume d'un petit œuf ; à la coupe elle a une couleur grisâtre, une consistance ferme. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un sarcome fuso et globocellulaire.

Le 8^e jour on enlève les sutures et on met une sonde à demeure. Quelques jours après il ne passe plus d'urine par l'orifice hypogastrique et on supprime la sonde.

12 octobre 1908. — Le malade se lève depuis quelques temps et quitte la clinique le 25 octobre presque cicatrisé.

Janvier 1919. — Revu pour une autre maladie ; n'a plus rien ressenti du côté de la vessie pendant des années. Depuis quelques mois le malade présente des signes de cystite. Urines troubles, mictions fréquentes et douloureuses. Petites hématuries terminales.

Au cystoscope aspect d'une cystite tuberculeuse, muqueuse rouge, ulcérée par places, couverte de muco-pus. On conseille des injections d'huile goménolée et du bleu de méthylène à l'intérieur. Depuis plusieurs mois aussi, le malade a eu à la région lombaire gauche, un abcès, qui ouvert est resté fistuleux et continue à suppurer. Pus d'aspect tuberculeux.

24 avril 1919. — L'état de la vessie est très amélioré ; mic-

tions moins fréquentes, moins douloureuses. Urines encore un peu troubles.

29 août 1919. — Revu. Urines complètement claires, ne souffre plus de la vessie. Au cystoscope, vessie normale. La fistule lombaire persiste mais donne moins de pus. Le trajet se dirige obliquement en haut sous les dernières côtes, on y fait des injections d'huile gaulacée iodoformée. Depuis quelques temps le malade maigrit. Diarrhée tenace.

5 septembre 1919. — Moins de suppuration par la fistule.

15 septembre 1919 — Même état local, l'état général est mauvais.

Le malade part à la campagne. Perdu de vue.

OBSERVATION X

(due à l'obligeance de M. le Professeur André)

C..... Martial, 63 ans, ouvrier verrier.

Le malade a déjà été opéré en 1909 d'un néoplasme vésical (taille). Cette tumeur était un épithélioma papillomateux. Sorti guéri en juin 1909, il reste jusqu'en 1914 sans présenter aucun symptôme. Il revient en avril 1914 sans avoir eu jamais d'hématurie, mais simplement pour des douleurs à la miction. Trois séances d'électrocoagulation ont lieu en avril, mai et juin 1914.

Se trouvant bien il n'est plus revenu depuis cette époque. Depuis 1909 le malade n'a jamais uriné de sang.

20 novembre 1919. — Depuis une quinzaine de jours le malade présente des crises fréquentes d'uriner ; ses urines sont louches.

Au cystoscope on constate une récurrence très étendue du côté droit de la vessie, au niveau de la partie droite du bas-fond, sur la face latérale droite et même sur la face antérieure. On aperçoit un large placard papillomateux, dont une partie est blanchâtre et nécrosée. On décide une nouvelle intervention par taille.

25 novembre 1919. — Réincision sur l'ancienne cicatrice, au cours de laquelle il se produit une petite ouverture du

cul-de-sac péritonéal antérieur qui est fermé aussitôt par un surjet au catgut. Ouverture large de la vessie. On constate un large placard épithéliomateux, végétant, étendu sur la paroi antérieure depuis l'incision de la vessie jusque près du col, et sur une partie de la face latérale droite. Le col lui-même, le bas-fond vésical, les régions urétérales et la paroi postérieure sont indemnes. On décide de faire une résection partielle.

La masse une fois enlevée, on reconstitue, en suturant ce qui reste de la partie latérale droite à la paroi latérale gauche, une petite vessie piriforme dans laquelle on met deux drains-siphons. On ramène autant que possible sur la suture vésicale, au moyen de quelques sutures, le tissu cellulo-graisseux prévésical sans pouvoir combler complètement le vide laissé derrière la symphyse. On met de chaque côté de cette cavité un drain qui sort par la plaie hypogastrique. Celle-ci est partiellement suturée.

Examen anatomo-pathologique. Le laboratoire répond : épithélioma pavimenteux.

26 novembre 1919. — Le pansement est abondamment souillé d'urine.

1^{er} décembre 1919. — L'urine continuant à inonder tous les pansements, application de l'appareil d'Irwing sur la plaie hypogastrique.

12 décembre 1919. — Sonde urétrale à demeure, tout en conservant l'appareil d'Irwing.

25 décembre 1919. — La fistule persiste.

6 janvier 1920. — Mise à demeure d'une sonde de Malicot n° 20 qui ne fonctionne pas. On la remplace par une sonde-béquille n° 18, sur mandrin. Pansement quotidien.

1^{er} février 1920. — L'hypogastre est sec, pansement au léucoplaste ; on laisse la sonde à demeure.

6 février 1920. — On retire la sonde ; le soir un peu d'urine reparaît à l'hypogastre ; on replace une sonde à demeure.

6 avril 1920. — La sonde est enlevée. Le malade urine 250 cm³ à la fois, sans douleur, mais les urines sont un peu

troubles. Instillations de nitrate. Un peu de température apparaît le soir. Trois jours après l'ablation de la sonde, on constate un petit placard rouge, induré dans la cicatrice de la taille avec centre fluctuant. Une sonde à demeure est remise pour éviter la réouverture de la fistule. Malgré cela l'urine repasse le lendemain par la cicatrice, au niveau du petit abcès. L'orifice se ferme en quelques jours.

30 avril 1920. — Un nouvel abcès s'ouvre au niveau de la cicatrice ; l'urine repasse, bien que la sonde à demeure n'ait pas été enlevée depuis sa remise en place.

16 mai 1920. — Le pouls est très arythmique, œdème des jambes. Le deuxième bruit du cœur à la base (région aortique) est très sec, claqué. La tension artérielle au Pachon donne les résultats suivants : Mn 11 ; Mx 24. On donne 0.05 de spartéine par la bouche et 2 gr. d'iodure.

18 mai 1920. — Le pouls est plus régulier, l'œdème diminue. Le malade se trouve mieux. On institue un régime déchloruré.

22 mai 1920. — L'état du malade va en s'améliorant de plus en plus. La fistule est fermée et le malade rentre chez lui, en allant prendre son train à pied.

Le malade dont nous avons pu retrouver la trace vit encore à l'heure actuelle. Il a même repris du travail à la verrerie où il était employé.

OBSERVATION XI

(due à l'obligeance de M. le Professeur André)

M. Ch..., 57 ans, cultivateur.

En 1910 les mictions devinrent plus fréquentes, et à plusieurs reprises elles se terminèrent par quelques gouttes de sang. Le seul symptôme persistant ensuite fut la pollakiurie, pas très marquée (2 ou 3 fois la nuit, sans douleur bien forte. C'est seulement en mars 1912 qu'une hématurie se produisit assez abondante ; elle dura 4 à 5 jours. Puis après quelques jours de répit le sang réapparut, et ainsi de suite pendant six semaines ; les périodes d'hématurie alternaient avec des périodes silencieuses, pendant lesquelles les mictions res-

taient beaucoup plus fréquentes et plus douloureuses que dans les mois précédents.

An début de mai 1912, les hématuries devinrent beaucoup plus abondantes, persistant sans arrêt pendant plusieurs jours, jusqu'à l'entrée du malade à l'hôpital. Le malade se trouve très affaibli, il a des étourdissements et des bourdonnements d'oreilles. On le met au repos au lit, après lavage de la vessie.

Cystoscopie. On voit une tumeur infiltrée de la dimension d'une pièce de 5 fr. à bords surélevés, à surface ulcérée, noirâtre ; le reste de la vessie est rouge. Les hématuries cessent au bout d'un jour, les urines sont troubles.

24 mai 1912. — Opération. La tumeur infiltrée n'est pas située aussi haut qu'on aurait pu le croire d'après la cystoscopie. Elle est sur la paroi latérale droite, à mi-hauteur de la vessie. On est obligé de décoller la paroi de la vessie profondément pour arriver jusqu'au delà de la tumeur. On excise largement la paroi. Drains-siphons dans la vessie.

Suites opératoires normales. Fils enlevés le 9^e jour. On met une sonde urétrale à demeure et le 11^e jour le lavage par la sonde ne ressort plus par la plaie vésicale. Le 14^e jour le malade se lève ; la plaie cutanée est complètement cicatrisée le 16^e jour. La capacité vésicale qui était faible après l'opération a augmenté ; les urines s'éclaircissent.

On enlève la sonde à demeure le 18^e jour. On continue les instillations de nitrate.

Le malade a repris un teint coloré et se sent vigoureux. Revu au cystoscope 3 mois après, pas de récurrence. Depuis perdu de vue.

OBSERVATION XII

(due à l'obligeance de M. le Professeur André)

Ga.... Joseph, 52 ans, tailleur sur cristaux.

En 1911 hématuries d'intensité moyenne (une seule miction) puis plus rien pendant 3 ans. Il y a 15 jours vers le 16 juin 1914 nouvelle hématurie modérée ; jamais aucune douleur vésicale.

25 juin 1914. — Cystoscopie il existe 2 tumeurs villeuses d'aspect pédiculé insérées sur la face latérale gauche près du bas-fond, un peu en arrière de l'orifice urétéral. L'une a le volume d'un pois, l'autre celui d'une noix. Arborisations veineuses très développées dans le bas-fond vésical. On décide de traiter le malade par l'électrocoagulation.

3 séances sur le premier papillome du volume d'un pois.

5 séances sur le second.

Le 16 juillet nouvelle séance après laquelle le malade urine de nombreux caillots. La guerre interrompt le traitement.

1920. — Les hématuries très légères se sont renouvelées depuis la guerre après chaque fatigue ; en juillet 1919 le malade urinait des caillots d'une façon continue. Puis les hématuries ont à peu près disparu pour faire place à des douleurs vésicales qui en septembre 1920 amènent le malade à l'hôpital.

9 septembre 1920. — Cystoscopie. On voit une masse neoplasique épaisse, infiltrée, à surface ulcéreuse, saignante, irrégulière masquant entièrement l'orifice urétéral gauche.

10 septembre 1920. — Anesthésie rachidienne. Incision sus-pubienne de 10 cm ; mise en place de l'écarteur de Legueu. On constate qu'il s'agit d'une tumeur largement infiltrée qui occupe une partie de la face latérale gauche, et une partie de la face postérieure descendant jusqu'au voisinage de l'orifice de l'urètre gauche qu'on ne voit pas. Le trigone est grand, l'orifice urétéral droit est à 3 cm du col.

On entreprend la résection partielle en faisant d'abord le décollement sur la face latérale gauche de la vessie. La section porte au niveau du sommet, sur la ligne médiane et contre la paroi latérale gauche elle commence en bas au niveau du col. Tout en combinant le décollement de cette paroi et la section, on enlève avec la tumeur, à peu près la moitié gauche de la vessie. L'urètre qui était englobé dans la tumeur est sectionné assez haut ; on ne peut l'amener au niveau du bas-fond et on le réimplante sur le sommet.

On referme partiellement la vessie en deux plans par des points séparés, en amenant la face latérale droite au contact

de ce qui reste de la face postérieure ; la vessie est cylindrique et toute petite. Un drain-siphon d'assez gros calibre est laissé à demeure. Une longue mèche est mise dans le décollement périvésical. Suture partielle des muscles et de la peau.

15 *septembre* 1920. — Pansement tous les jours, lavage à l'oxycyanure depuis le 13 ; un peu d'urine mouille chaque jour le pansement.

30 *septembre* 1920. — Très peu d'urine suinte par l'hypogastre, on laisse la sonde à demeure.

6 *octobre* 1920. — On retire la sonde. La vessie est complètement fermée.

20 *octobre* 1920. — Vessie capacité 150 gr. A la cystoscopie vessie encore un peu rouge, mais normale ; au sommet on aperçoit la cicatrice opératoire, et tout près d'elle on voit un orifice qui a l'aspect d'un méat urétéral, mais qui n'admet pas la sonde urétérale. Miction toute les heures.

Le malade a quitté le service à cette date et on apprend qu'il est décédé en février 1921.

CONCLUSIONS

I. — La cystectomie partielle, enlevant simplement la tumeur vésicale et une petite collerette de tissu sain avoisinant est une opération qui, malgré les difficultés possibles de son exécution, rallie à l'heure actuelle la majorité des chirurgiens.

II. — Elle peut être faite : soit de dedans en dehors après cystostomie préalable, soit de dehors en dedans, après libération méthodique de la paroi vésicale, ce qui met davantage le chirurgien à l'abri des lésions du péritoine ou des organes voisins.

III. — L'ablation suffisamment large de la paroi du réservoir vésical permet d'espérer l'absence de récurrence locale *in situ*. Cela est particulièrement vrai pour les polypes vésicaux suspects de dégénérescence maligne ; le même espoir peut être réalisé par l'ablation très précoce d'une tumeur maligne.

IV. — La cystectomie partielle, ne permettant pas de poursuivre le processus pathologique dans les trajets lymphatiques et les ganglions, laisse le malade exposé à des

récidives à distance. Mais la cystectomie totale, malgré sa gravité est l'objet de la même critique, et n'offre pas plus de garanties pour le malade. La destruction sur place du processus néoplasique, par l'électro-coagulation est justiciable d'ailleurs de la même objection.

V. — En cas de tumeur bien limitée, diagnostiquée précocement et localisée dans une zone où l'on puisse faire une large résection de la paroi vésicale en tissu sain, la cystectomie partielle reste formellement indiquée, laissant au radium le soin de traiter les tumeurs plus anciennes et plus étendues.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ROCHET.

LE DOYEN,

Vu :

Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 9 Juin 1922

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Traité des tumeurs de la vessie (Paris, 1893).
— Société de Chirurgie, janvier 1899.
— Résultats de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie, 1907.
- BAZY. — *Revue Inter. de Médecine et de Chirurgie*, 1907.
- BERG. — A radical op. for malignant tumors of the urinary bladder.
- BERARD. — Résection étendue de la vessie pour tumeur maligne du dôme vésical, *Soc. Chirurgie de Lyon*, déc. 1908.
- CATHELIN. — Les conditions d'intervention dans les tumeurs de la vessie, *Paris Chirurg.* 1909, p. 1.
— Doit-on opérer les tumeurs de la vessie ? *Méd. prat.* 1907, p. 3.
- COMBES. — Traitement des tumeurs de la vessie. *Th. Toulouse*, 1899.
- DOIE. — De l'intervention dans les tumeurs de vessie, *Thèse Paris*, 1912.
- DELORE. — *Soc. de Chirurgie de Lyon*, 12 nov. 1908.
- DESNOS. — Association Française d'Urologie, 5 oct., 9^e sess.
- ESCAT. — Association Française d'Urologie, 1905, 9^e session.
- FENWICK. — Les résections larges dans les tumeurs de la vessie, *Congrès d'Urologie, Londres* 1912.

- GAYET. — Cancer de la face postérieure de la vessie ; cystectomie partielle avec ablation d'un fragment du rectum, guérison opératoire, *Soc. Chirurgie de Lyon*, 1912.
- GUYON. — Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie, Paris, 1888.
- HEITZ-BOYER. — Ass. Fr. d'Urologie, octobre 1912.
- LEGUEU. — Ass. Fr. d'Urologie, 5 oct. 1915.
— Origine et transformation des papillomes vésicaux, *Rev. pratique des mal. des org. génit. urinaires*, 1910.
- MARION. — Diagnostic et traitement des tumeurs de la vessie, *Rev. prat.*, mai 1909.
- PAPIN. — Traitement moderne des tumeurs de la vessie, *La Médecine*, oct. 1919.
- PASTEAU. — Ass. Fr. d'Urologie, 1902.
— Les conditions d'intervention dans les tumeurs de la vessie, *Paris-Chirurgical*, 1909.
- POUSSON. — Nouvelles considérations sur l'extirpation des tumeurs de la vessie, *Annales des mal. des org. génito-urinaires*, 1885. — Ass. Fr. d'Urologie, 1905.
- PREVOT. — *Thèse Nancy* 1921.
- RAFIN. — Rapport au IX^e congrès de l'Ass. Fr. d'Urologie, oct. 1905.
- RICARD-POMAREDE. — *Thèse Montpellier* 1919.
- ROCHET. — *Journ. d'Urologie*, 1921.
- TAVEŒNIER. — Tumeur vessie. Résection, Soc. Chir. Lyon, janvier 1914.
- THEVENOT. — Cystectomie partielle. Soc. de chir. de Lyon, mars 1914.
- VOUTERS. — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de vessie, *thèse Bordeaux*, 1905-1906.
- ZUKERKANDL. — Resektion der Harnblase (*Wien. Klin. Woch*) 1901.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	7
Introduction	9
Chapitre premier. — Aperçu hisiorique	11
Chapitre II. — Considération générale et indication de la cystectomie partielle	17
Chapitre III. — Technique opératoire	23
Chapitre IV. — Observations	36
Conclusions	54
Bibliographie	56
